



**WELL CHILD EXAM - EARLY  
CHILDHOOD: 4 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 ГОДА**

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ  
(ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)

ИМЯ РЕБЕНКА	КЕМ ДОСТАВЛЕН	ДАТА РОЖДЕНИЯ
-------------	---------------	---------------

АЛЛЕРГИИ	ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА
----------	--

ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ	СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:
---	-------------------------------

ДА НЕТ	ДА НЕТ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест разнообразную пищу.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может прыгать на одной ноге.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ладит с другими детьми.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может спеть песню.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может одеваться самостоятельно.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____																																																						
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Elimination _____																																																							
Sleep _____																																																									
<p>Screening:</p> <table> <tr> <td>MHZ</td> <td>R</td> <td>L</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hearing Screen</td> <td>4000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>				MHZ	R	L		Hearing Screen	4000	_____	_____		2000	_____	_____		1000	_____	_____		500	_____	_____																																		
MHZ	R	L																																																							
Hearing Screen	4000	_____	_____																																																						
	2000	_____	_____																																																						
	1000	_____	_____																																																						
	500	_____	_____																																																						
<p>Development: Circle area of concern</p> <table> <tr> <td>Adaptive/Cognitive</td> <td colspan="3">Language/Communication</td> </tr> <tr> <td>Gross Motor</td> <td colspan="2">Social/Emotional</td> <td>Fine Motor</td> </tr> <tr> <td>Behavior</td> <td>N</td> <td>A</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Mental Health</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>				Adaptive/Cognitive	Language/Communication			Gross Motor	Social/Emotional		Fine Motor	Behavior	N	A	_____	Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																						
Adaptive/Cognitive	Language/Communication																																																								
Gross Motor	Social/Emotional		Fine Motor																																																						
Behavior	N	A	_____																																																						
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																						
<p>Health Education: (Check all discussed/handouts given)</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nutrition</td> <td><input type="checkbox"/> Child Care</td> <td><input type="checkbox"/> Development</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Regular Physical Activities</td> <td><input type="checkbox"/> Car Safety/ Booster Seat</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Safety</td> <td><input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules</td> <td><input type="checkbox"/> Books/Reading</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passive Smoking</td> <td><input type="checkbox"/> Limit TV/Computer Time</td> <td><input type="checkbox"/> Helmets</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Other: _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Child Care	<input type="checkbox"/> Development	<input type="checkbox"/> Regular Physical Activities	<input type="checkbox"/> Car Safety/ Booster Seat		<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules	<input type="checkbox"/> Books/Reading	<input type="checkbox"/> Passive Smoking	<input type="checkbox"/> Limit TV/Computer Time	<input type="checkbox"/> Helmets	<input type="checkbox"/> Other: _____																																									
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Child Care	<input type="checkbox"/> Development																																																							
<input type="checkbox"/> Regular Physical Activities	<input type="checkbox"/> Car Safety/ Booster Seat																																																								
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules	<input type="checkbox"/> Books/Reading																																																							
<input type="checkbox"/> Passive Smoking	<input type="checkbox"/> Limit TV/Computer Time	<input type="checkbox"/> Helmets																																																							
<input type="checkbox"/> Other: _____																																																									
<p>Assessment/Plan: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																									
<p>Physical:</p> <table> <tr> <td>General appearance</td> <td>N</td> <td>A</td> <td>Chest</td> <td>N</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Skin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lungs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Head</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cardiovascular/Pulses</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eyes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ears</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Genitalia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Spine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oropharynx/Teeth</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremities</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neck</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologic</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nodes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Gait</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				General appearance	N	A	Chest	N	A	Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
General appearance	N	A	Chest	N	A																																																				
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
<p>Describe abnormal findings and comments:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																									
<p>IMMUNIZATIONS GIVEN</p>																																																									
<p>REFERRALS</p>																																																									
NEXT VISIT: 5 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME																																																							
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS																																																							

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (4 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Lead Screen**

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes      No

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dresses with supervision.                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Plays games with other children (e.g., tag).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says first and last name when asked.</u>         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks up and down stairs, alternating feet.         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Balances on each foot for 2 seconds.</u>         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copies a circle.                                    |

Inappropriate play with toys/no pretend play.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, or even one of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 ГОДА

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

## СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 4 ГОДА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА				
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:				
	ДА НЕТ		ДА НЕТ				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест разнообразную пищу.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может прыгать на одной ноге.				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ладит с другими детьми.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может спеть песню.				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может одеваться самостоятельно.							
ВЕС, КГ/УНЦИИ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ			
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма		<input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней					
Обследования: Проверка слуха		МГц	Прав.	Лев.			
		4000					
		2000					
		1000					
		500					
Проверка зрения		20/	20/				
Развитие: Обведите области, вызывающие у вас опасение							
Адаптационно-познавательное		Язык/Общение					
Грубая моторика		Социальное/ Эмоциональное развитие	Тонкая моторика				
		Норм. Отклон.					
Поведение		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Психическое здоровье		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Физическое состояние:		Норм. Отклон.		Норм. Отклон.			
Общий внешний вид		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Грудная клетка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Кожа		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Легкие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Голова		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/Пульс	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Глаза		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Живот	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Уши		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Половые органы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Нос		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Позвоночник	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ротовая полость/Зубы		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Конечности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Шея		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Узлы		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Походка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания:							
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ							
НАПРАВЛЕНИЯ							
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ				ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			
ПОДПИСЬ ВРАЧА				АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			

## Здоровье вашего малыша в возрасте 4 лет

### Важнейшие моменты

#### Как развивается ваш малыш в возрасте от 4 до 5 лет

Легко спускается и поднимается по лестнице.

Прыгает.

Говорит более распространенными предложениями.

Говорит о том, что будет завтра и что было вчера.

Может считать на пальцах.

Узнает некоторые буквы.

Помнит свой адрес и телефон.

Играет, переодеваясь в различную одежду.

**Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.**

### Помощь или подробная информация

**Детские книги на темы, которые вы считаете трудными для обсуждения:** спросите о них в местном департаменте здравоохранения или у детского библиотекаря в общественной библиотеке.

**Чтобы получить помощь в обучении ребенка правилам пожарной безопасности:** поговорите с пожарными местной пожарной станции.

**Воспитание детей и поддержка:** Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

### Советы по сохранению здоровья

До школы ребенку нужно пройти определенные прививки. Проверьте, чтобы они были сделаны в скором времени. Если вы решили, что ребенку не нужны определенные виды прививок, вам придется подписать соответствующую форму отказа от прививок.

Ежедневно предлагайте ребенку по крайней мере пять маленьких порций фруктов и овощей. Они крайне полезны для здоровья и являются хорошими легкими закусками.

Следите за тем, чтобы ребенок высыпался – так он будет чувствовать себя лучше и ему будет легче даваться обучение. Укладывайте ребенка пораньше, чтобы он спал по 10-12 часов в сутки. Придумайте какое-нибудь однообразное занятие перед сном, которое поможет ребенку заснуть. Почитайте ему или поговорите с ним перед сном.

### Советы по воспитанию детей

Поощряйте ребенка использовать слова, чтобы высказывать, почему он расстроен или грустит. Покажите ему, как это делать на своем примере.

Отводите время на то, чтобы каждый день читать, разгадывать головоломки или играть в подвижные игры на улице со своим ребенком.

От природы дети проявляют любопытство к своему телу. Простые, честные ответы позволяют вашему ребенку разобраться в своем теле. Используйте настоящие названия для интимных частей тела.

### Советы, касающиеся безопасности

Специальные детские сиденья – для больших детей! Ставьте детское сиденье на заднее сиденье автомобиля, используя при этом поясной/плечевой ремень, пока ребенок не подрастет и не сможет пользоваться ремнями безопасности так, как это делают взрослые. В скором времени появятся требования, согласно которым детские сиденья будут нужны для детей до 6 лет или весом менее 60 фунтов (около 27 кг).

Проверьте, чтобы ребенок знал свой адрес и телефон. Научите ребенка, как позвонить 911 в случае экстренной ситуации. Научите его оставаться на линии, если придется вызывать помощь. Потренируйтесь дома на игрушечном телефоне.

Научите ребенка, как останавливаться, падать на землю и кататься по земле, если у него загорелась одежда.